

第一节 针刺麻醉

(一) 体针麻醉

一、概 述

针刺麻醉简称“针麻”，是用针刺穴位的方法达到镇痛以施行手术的一种新的“麻醉”方法。

针麻是 1958 年大跃进的产物，是我国独创的医疗技术。针麻的产生和发展是毛泽东思想的伟大胜利，是毛主席革命路线的伟大胜利，也是对叛徒、内奸、工贼刘少奇推行“爬行主义”、“洋奴哲学”的有力批判。十二年来，针麻在两个阶级、两条道路、两条路线的激烈搏斗中，经历了效果不断提高、内容不断丰富、方法不断简便的实践——认识——再实践过程。

到今年三月份为止，根据不完全统计，上海地区已经进行了神经外科、胸外科、普外科、妇产科、骨科、五官科等七十多种病种，包括不同性别、年龄、职业的患者共一万多病例的针麻手术。有效率达 90% 以上，其中优良级效果占 70% 左右。

实践证明，针麻由于具有器具简单，操作方便，安全有效，无副作用和后遗症等特点，因而符合毛主席“备战、备荒、为人民”和“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大战略方针。

针麻适用于全身各部位、各种手术病种。由于它无药物过敏、过量等意外，也摒除了麻醉药物对机体的毒性作用，因而也适用于体弱，病危，休克，药物过敏等不宜进行药物麻醉的患者。

虽然针麻目前还存在镇痛不全，未能完全有效的控制肌肉松弛以及内脏牵拉反应等问题，但是很多单位对于病灶复杂、粘连面广、以及需要作广泛病灶探查和清除的病例，也取得了良好效果。因此在考虑针麻适应症和选择针麻病例时，首先应该在战略上藐视困难，以“敢”字当头的革命精神和对新生事物的高度热忱，把针麻手术提高到为捍卫毛主席革命路线的高度来认识和实践。批判右倾保守思想；同时，也要本着实事求是的科学态度，在战术上重视困难，只有这样才能不断的扩大针麻的适应范围。

我们一定要高举毛泽东思想伟大红旗，进一步提高针麻效果。为使针麻更好地为战备服务，为广大工农兵服务而努力。

二、术 前 准 备

术前准备的目的是，在于充分调动病员一切可能调动的积极因素，并使医务人员对病员有深入的了解和全面估计，从而保证术中互相配合，共同完成手术。

1. 解释工作：

根据手术指征，耐心向病员解释手术治疗的必要，说明针麻的重大意义，介绍针麻的方法、过程、效果、特点、手术步骤的一般常识，术中可能出现的不适感觉和生理扰乱以及如何配合手术等，使病员对针麻手术有所了解。解释工作必须突出无产阶级政治。

人的因素第一。针麻中针刺是外因，针刺通过病人的生理、病理状态和精神状态等内因起作用。针麻手术中病员是清醒状态，因而精神因素必将影响人的生理功能和耐受手术负担的能力。因此，术前抓紧时机，尽可能有效地做好病员(包括急诊病员)的政治思想工作，使病员带着旺盛的战斗意志接受针麻手术，是必要的。

2. 试 针：

术前试针，可了解病员对针刺的感应以及耐受能力，也使病员预先体会一下针刺的感觉。但很多单位目前不予试针，手术也能顺利进行。

3. 讨论确定麻醉和手术方案：

针麻人员和手术操作者，就病员的病情和思想状态进行分析讨论，认真确定麻醉和手术方案，充分估计术中可能出现的情况，并准备相应措施。

4. 其他外科术前常规。

三、选 穴 原 则

“一切真知都是从直接经验发源的。”“不要从抽象的定义出发，而要从客观存在的事实出发，从分析这些事实中找出方针、政策、办法来。”探索简便、有效的针麻处方。学习针灸临床治疗的丰富经验，分析针麻临床所积累的资料，进行医务人员的自身试验——扎“感情针”，是筛选有效穴位的重要途径。

筛选有效穴位，可参考以下几方面：

1. 选用得气感应强的穴位，如合谷、内关为多种手术所选用。

2. 根据针灸临床治疗经验，如临床治疗有“肚腹三里

留”的经验，故腹腔手术多选用足三里穴。

3. 根据祖国医学经络学说考虑：

(1) 经络循行路线和手术部位的关系，如拔牙取合谷。

(2) 经络循行和穴位与手术所涉及的脏腑的关系，如胃切除取胃经的足三里。

(3) 特定穴的性能，如各种手术多选用肘膝以下的四肢穴位。

(4) 选用支配手术区的神经干以及相应或邻近节段的神经，肌肉部位：如背部夹脊穴的运用，扶突穴的运用等。

(5) 取阿是穴：如在切口两侧用长针横刺或贴附电极板，以减少切皮时的疼痛。

四、刺激方法

1. 手术操作：

针刺后，以每分钟几十次至 200 次的频率进行捻转或提插(或同时捻转提插)，中等强度，使保持“得气”感应。

2. 电针机刺激法：

操作同电针疗法。

电刺激以何种波形、波宽、强度和频率最为适宜，尚无定论。一次连续通电时间不宜过长，否则病员容易产生适应，如果需要较长时间通电，则应采用断续通电的方法。通电或断电时须注意逐渐加大或减小刺激强度。单向电流容易引起针体电解，不宜使用。

3. 穴位注射法：

在选定的穴位上注射少量的药液，如维生素 B₁、葡萄糖盐水、红花当归液、注射用水或乙酰普吗嗪、杜冷丁、普鲁卡因等。

目前此法多于配穴上应用，也可单独使用。

手术开始之前，将穴位预先进行一段时间刺激，称为“诱导”，诱导时间一般在10—20分钟左右，有的短至几分钟，甚至无诱导期的。

一般认为手术过程中的某些步骤，可停止运针或通电，而予以留针。有的单位的某些手术病种，在诱导期和整个手术过程均留针而不予运针。

五、外科操作及辅助用药

外科操作要求：

外科操作者，必须怀着对工农兵病员深厚的无产阶级感情和高度的革命责任感，稳、准、轻、快地进行操作，不论是何种麻醉方法，这些都是必须遵循的基本要求。由于在针麻情况下病员处于清醒状态，各种感觉仍旧保持，因此，对于上述的要求就显得更加重要。

外科操作者、针麻人员和病员的密切配合，是顺利完成针麻手术的重要环节。

辅助用药：

目前针麻手术常需应用少量辅助药物。

常用的药物有杜冷丁、非那更、普鲁卡因、赛络卡因等。根据当时具体情况分别于术前或术中，经肌肉、静脉途经给予或局部浸润封闭。在某些手术步骤之前，估计病员可能出现反应，可预先给予用药。

有很多病例，未用任何辅助药物也取得了良好的效果。

术后向病员同志学习，认真听取病员对针麻工作的意见和建议，发扬成绩，纠正错误，以利再战，是针麻工作的重要组成部分。

六、处方举例

头面部

1. 颅脑手术：半球肿瘤切除术，垂体肿瘤切除术，脑膜肿瘤切除术，颅骨骨瘤切除术，三叉神经切断术，颅骨修补术等。

处方1：合谷、内关、中渚、后溪、太冲、陷谷、足临泣、束骨(均患侧)。

处方2：合谷、听宫、鱼腰(均患侧)，拈竹(双侧)。电针。

注：处方2用于额颈手术。

2. 眼部：巩膜缩短术。

处方：风池、合谷、阳白透鱼腰、四白透承泣(均患侧)。

注：眼睑内翻倒睫矫正术取双侧合谷。

3. 鼻部：鼻息肉摘除术。

处方：合谷、迎香(均双侧)

4. 上颌窦根治术，鼻中隔矫正术。

处方：合谷、内关(均双侧)

5. 耳部：乳突根治术。

处方：外关、阳陵泉

6. 面部：腮腺肿瘤切除术。

处方：合谷、外关、风池、医风，陷谷(均双侧)。诱导期及术中均留针。

7. 咽部：扁桃腺摘除术。

处方：合谷、内关(均双侧)。

8. 唇部：唇部肿瘤切除术，唇裂修补术。

处方：合谷、内庭(均双侧)

9. 拔牙：取合谷(双侧或单侧)

10. 甲状腺手术：机能亢进大部切除术，腺瘤、囊肿、癌切除术等。

处方1：合谷、内关(双侧或患侧)

处方2：扶突(双侧)。(电针或电极板)。

胸 部

11. 肺：肺叶切除术，全肺切除术，胸廓改型术等。

处方：合谷、内关(双侧或单侧)

12. 心脏：二尖瓣扩张分离术。

处方：合谷、内关、支沟(均双侧)。

13. 心脏：动脉导管封闭术。

处方：合谷、内关、支沟、阳辅、陷谷、公孙(均双侧)。

14. 气管食管瘘修补术。

处方：合谷、内关(均双侧)；加耳穴：神门、外肺、颈、平喘(均左侧)。

15. 胸腺肿瘤切除术。

处方：合谷、内关、支沟(均双侧)；加耳穴：神门、膈(均患侧)

16. 贲门癌切除术、贲门痉挛肌层切开术。

处方：合谷、内关、孔最、会宗或只用合谷、内关(双侧或单侧)。

17. 乳腺癌根治术、乳腺肿块切除术。

处方：合谷、内关，(均患侧)，足三里、太冲、三阴交(均双侧)

腹 部

18. 胃溃疡穿孔修补术、胃大部切除术。

处方 1：足三里、上巨虚(均双侧或右侧)。

处方 2：足三里、上巨虚、内关或三阴交(均双侧)。

19. 脾切除术。

处方 1：合谷、内关、足三里、三阴交、太冲(均双侧)。

处方 2：公孙(双侧)；加耳穴：神门、交感、脾、肺、三焦(均左侧)。加手针：3 号穴、小天心(均左侧)。

注：3 号穴取穴：无名指第一指关节的横纹尺侧尽端；小天心穴取穴：大陵穴向掌心方向直下 5 分。

20. 胆囊摘除术、胆道探查术、胆总管引流术。

处方 1：合谷、内关(均右侧)、公孙、胆囊穴(均双侧)。

处方 2：合谷、内关、足三里、三阴交，太冲(均双侧)。

21. 阑尾切除术。

处方 1：蠡沟、阑尾穴或上巨虚(均双侧)。

处方 2：足三里、三阴交、蠡沟或阑尾穴(均双侧或患侧)。

处方 3：阑尾穴(患侧)、关元、五枢(右侧、沿皮刺或贴附电极板、电针)。

22. 疝修补术。

处方：阳陵泉、下巨虚、三阴交(均双侧)。

处方：公孙(双侧)；耳穴：神门、三焦(患侧)。

23. 鞘膜翻转术、精索静脉高位结扎术。

处方：三阴交、蠡沟(双侧)；五枢、维道、(均患侧)或电针。

24. 子宫附件截除术。

处方：足三里、三阴交、曲泉、阴陵泉、筑宾（均双侧）。

25. 剖腹产

处方1：足三里、三阴交、曲泉、阴陵泉、筑宾。（均双侧）。

处方2：合谷、内关、足三里、三阴交、太冲。（均双侧）。

处方3：足三里、公孙、三阴交。（均双侧）。耳穴：神门、子宫、肺、腹。

26. 经腹输卵管结扎。

处方：足三里、三阴交或加陷谷。（均双侧）。

腰背部

27. 肾切除术、肾蒂淋巴管结扎术、输尿管切开取石术、肾固定术等。

处方1：合谷、支沟、太溪、太冲、阳辅、昆仑。（均双侧）。

处方2：足三里、阳辅、太冲、昆仑。（均患侧）；筑宾、三阴交、公孙。（均健侧）；加耳穴：神门、肺、肾、胃。（均患侧）。

28. 颈椎融合术。

处方：合谷、后溪、会宗、足三里、承山、昆仑、阳辅、（均双侧）。

29. 脊椎融合术。

处方：合谷、内关、会阳、陷谷、丰隆、三阴交、绝骨。（均双侧）。

30. 脊髓肿瘤切除术。

处方：合谷、后溪、腕骨、外灵道、束骨或金门、申脉或昆仑。(均双侧)。

四 肢

31. 肱骨骨折复位。

处方：合谷、内关；加耳穴：上臂(均患侧)。

32. 下肢：三刃钉内固定。

处方1：阳陵泉、丰隆、蠡沟、胸₁₂—腰₃神经干(均患侧)，电针。

处方2：陷谷、丘墟、三阴交、绝骨、跗阳、外丘、丰隆、足三里、五枢、维道。(均患侧)。

处方3：胸₁₂—腰₃神经干；加耳穴：神门、交感、臀、坐骨。

注：处方1、3中的神经干刺激，于相应节段旁开3厘米左右，针向椎孔方向斜刺、进针约7厘米。以下各处方神经干刺激方法同此。

处方2中的五枢、维道两穴均沿皮刺至股外侧皮神经，电针。

33. 内侧半月板摘除术。

处方：髌关、阴陵泉、治瘫₄、腰₂—腰₃神经干。(均患侧)。

34. 外侧半月板摘除术。

处方：治瘫₄、风市、阳陵泉、腰₂—腰₃神经干。(均患侧)。

35. 腘窝囊肿切除术。

处方1：阳陵泉、阴陵泉、承山、风市。(均患侧)。

处方2：上髁、秩边、殷门、承山。(均患侧)。电针。

36. 三关节固定术。

处方：骶₁—骶₂神经干。

37. 大腿下 1/3 截肢。

处方：腰₃—腰₄神经干、环跳、秩边；耳穴：神门、肺、膝、坐骨。（均患侧）。电针。

38. 小腿下 1/3 截肢。

处方：腰₄—腰₅神经干、环跳、秩边；耳穴：神门、肺、膝、三里。

39. 跖骨切除术。

处方：三阴交、阳辅、太白、太冲。（均患侧）。

40. 食指移植为拇指（包括植皮）术。

处方：手三里、手五里、合谷、内关、耳穴：神门、肺、腕透指。

（二）耳 针 麻 醉

耳针麻醉即是用耳针镇痛，代替药物麻醉以施行手术的一种方法。

耳针麻醉是大跃进的产物，在无产阶级文化大革命中，广大革命的医务人员活学活用毛主席著作，狠批了叛徒、内奸、工贼刘少奇的“洋奴哲学”、“爬行主义”“技术第一”等一系列修正主义黑货，用毛泽东思想指导医疗实践，立足于战备，立足于落实毛主席光辉的“六·二六”指示，发扬祖国医学遗产，大搞中西医结合，使耳针麻醉得到了迅速的发展。

一、耳麻的特点

优 点：

1. 操作简单，无需特殊器械和设备。

2. 麻醉安全，无一般药物的不良反应和并发症，术后恢复快。

3. 无严格禁忌症，对于药物麻醉过敏者(如对普鲁卡因过敏)或因体弱、某种疾病难于选择适当药物麻醉者，均可使用耳麻。

4. 刺激集中在耳壳上，不影响操作，节省人力，便于观察病人。

总之，耳针麻醉是“备战、备荒、为人民”的需要，是“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的需要，我们必须为捍卫毛主席的革命路线而认真研究和推广耳针麻醉。

在耳针麻醉这个新生事物前进的道路上，也还存在着一些问题，如镇痛不全，腹肌紧张，也就是还没找到很多的规律，其次如针刺时疼痛以及对头面部手术操作有一定妨碍等。

我们必须以老三篇为座右铭，以毛主席的光辉哲学著作作为强大的思想武器，在“实践——认识——再实践——再认识”的过程中，不断克服困难，总结经验，探讨规律，提高效果。更好地为全中国人民和全世界人民服务。

二、耳麻的操作

1. 术前用药：一般常规用药，如鲁米那、阿托品、杜冷丁、非那更，亦可根据具体情况酌情不用或选用。

2. 取穴：按耳针疗法的选穴原则选取耳区并适当结合探查敏感点以提高效果。在选穴中要注意到切口部位在耳壳的相应耳区。如肺切除要选上胸区或胸背区。

3. 刺激方法：

(1) 捻转：捻转的幅度一般在 90—180 度之间。频率

在 120—180次/分，捻针时不要改变针刺方向，以免造成疼痛。

(2) 电针：频率一般在 50—200次/分 之间，各种电针机均可使用。

(3) 穴位注射：在选定之耳穴用小针头斜刺入皮内，注射 0.1—0.2 毫升药液使局部呈皮丘，必要时术中可重复注射。一般选用注射用水，普鲁卡因，维生素 B₁ 等药物。

三、关于耳麻中的几个问题

1. 术前准备同体针麻醉。

术中要不断介绍手术的进度和可能出现的感觉以及配合克服的方法等，并严密观察患者的反应，如血压，脉搏、呼吸，病人的表情等。

术后要不断用毛泽东思想总结经验。

2. 个体差异性问题：

在耳麻实践中，我们发现个体差异性很大，在同样的情况下，效果可以完全不同。同时我们还发现对妇女，老年人、体弱、消瘦者效果较好，反之肥胖，强壮者效果较差。关于个体差异的规律尚待进一步在实践中认识。

3. 刺激方法与效果的关系问题：

术中采用手捻，电针，穴位注射等不同的刺激方法以及诱导期的长短，手术中停针或不停针等等与临床效果的关系，目前尚没有结论，有待于今后进一步探讨其规律。

四、耳麻处方及操作举例

1. 后颅凹探查术。

术前用药：鲁米那 0.1 克，术前一小时肌注，阿托品

0.5 毫克术前半小时皮下注射，杜冷丁 50 毫克、非那更 25 毫克静注。

取穴：神门、枕、颈、皮质、肾、额，（均双侧）。

操作：电针诱导 20—30 分钟，剥离骨膜后如情况平稳可停针。

备注：术中视具体情况可适当加用有关药物。

2. 光学虹膜切除（不用药）。

取穴：眼、肝、肾，（均同侧）。

操作：诱导期 15 分钟，诱导及术中均单手各一分钟轮换捻针。

3. 鼻息肉摘除术（不用药）。

取穴：内关、外鼻（患侧）。

操作：诱导期 10 分钟，诱导及术中均双手捻转。

4. 拔牙：（不用药）。

取穴：耳垂找二个敏感点。

操作：诱导期 10 分钟。诱导及术中均双手捻转，拔牙时用强刺激。

5. 甲状腺腺瘤切除术。

术前用药：鲁米那 0.1 克术前一小时肌注，阿托品 0.5 毫克术前半小时皮下注射，杜冷丁 50 毫克术前 15 分钟静注。

取穴：神门、颈透肺或加交感。（均双侧）。单手捻针，每穴一分钟，轮流操作，共诱导 20—25 分钟即可进行手术。

术中继续捻针，亦可酌情停捻。

备注：可配合体针合谷、内关。

6. 胃大部切除术。

术前用药：同甲状腺腺瘤切除术。

取穴：神门、肺、交感、胃。（均左耳）

操作：诱导时单手捻转每穴一分钟，神门、肺、双手捻转 10 分钟，切皮后，进腹至关闭十二指肠双手捻交感、胃，胃肠吻合时可酌情停止捻针，关腹时双手捻神门、肺。

备注：术前用药杜冷丁可酌情省去；捻针时频率在 120~180 次/分。

7. 胸外科手术。

术前用药：冷比痛 0.2 克术前一小时口服、东莨菪碱 0.2 毫克术前 30 分钟肌注，杜冷丁 50 毫克术前 15 分钟静注。

取穴：神门、肺、交感、胸、胸背、平喘（均患侧）。

操作：诱导期通电 15 分，（频率 50—200 次/分），术中通电，也可根据情况停电针。

备注：术前用药可换鲁米那，阿托品。亦可酌情不用杜冷丁。

8. 阑尾切除术。

术前用药：同胃大部切除。

取穴：阑尾、口、（均右耳）

操作：诱导期 20 分钟。诱导，切皮至切阑尾均双手捻针，切阑尾至术毕，停捻针。

备注：术前用药杜冷丁可不用；阑尾穴以找压痛点为准；分离系膜可加胃区。

9. 经腹结扎输卵管。

术前用药：同阑尾切除术

取穴：神门、肺、皮质下、腹、（均左耳）

操作：诱导时单手捻每穴一分钟，共 5 遍，双手捻神

门，肺 10 分钟。内脏操作时捻腹、皮质下，关腹时捻神门、肺。

10. 柯雷氏骨折闭合复位：（不用药）。

取穴：腕区、肾（患侧），找敏感点。

操作：诱导时双手捻腕区、肾 10 分钟，术中不停针。

第二节 穴位强刺激疗法

——治疗小儿麻痹后遗症

一、初步认识

伟大领袖毛主席教导我们“我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法。”“强刺激”疗法治疗小儿麻痹后遗症，使瘫痪多年的肢体立即活动起来，这个事实打破了资产阶级反动学术“权威”，认为小儿麻痹后遗症的肢体瘫痪是脊髓前角神经细胞产生不可逆的坏死性病理改变，是“不治之症”的错误论断；这个事实说明其神经细胞不是坏死，而是高度的抑制，处于一种类似“睡眠状态”。

根据毛主席“捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。”的教导，抓住神经细胞的兴奋和抑制失去相对平衡，处于“睡眠状态”这一主要矛盾，“集中优势兵力”，把原来针灸几十次甚至几百次的刺激量集中到一起、一点上给予“强刺激”，使长期处于“睡眠状态”的细胞苏醒即兴奋起来，恢复其正常生理功能，其他如“软瘫”和关节功能改变等，也就可以逐渐恢复其生理功能。

二、适 应 症

1. 骨骼系统无明显畸形的轻、中度小儿麻痹后遗症。
2. 脑膜炎后遗症遗留部分肌群麻痹，有逐步恢复可能者。
3. 麻痹后遗症已有关节僵直，肌肉萎缩明显者，亦可予以治疗，为整形手术创造条件。

三、操 作 方 法

1. 根据不同穴位取适当体位(一般是侧卧位)，按外科操作常规进行，但局麻不能太深，一般作皮下或皮内麻醉，不麻痹神经干。然后自上而下按穴位顺序纵行切开皮肤1.5—2厘米，分离皮下组织后找到“酸麻点”，用血管钳轻柔，进行穴位和周围神经末梢按摩。

2. 然后按不同穴位和神经分布情况，分别进行“强刺激”。以下为几个重要穴刺激时血管钳进入途径和刺激部位：

【肩贞】 血管钳向远侧端，将肱二头肌长头和外侧头钝性分离达肱骨内侧，在上臂1/3处弹动桡、尺、正中神经。然后血管钳略向上提出后，以5—10度角继续向前补充弹动桡、尺、正中神经。对抬肩困难者在三角肌后内缘，向肱骨外髁颈方向进行钝性分离，弹动腋神经(图1)。

【曲池】 由切口向上在肱桡肌和肱二头肌之间分离，弹动桡神经。如需要时，可沿肱桡肌内侧缘伸向肘窝中点，补充弹动正中神经(图2)。

【合谷】 在皮下各个方向刺激桡神经分枝。对不能屈指、握拳的病人，可从掌面皮下进入到劳宫穴处进行弹动